



Aide-mémoire
Belgrade, Copenhague, 17 septembre 2007

Objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité maternelle et infantile : inégalités dans les progrès accomplis

Tous les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) concernent la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant, et en particulier l'OMD 4 (réduire la mortalité infantile de deux tiers) et l'OMD 5 (réduire la mortalité maternelle de trois quarts).

Malgré les progrès importants réalisés au cours de ces dernières décennies, il existe encore, dans la Région européenne de l'OMS, des disparités inacceptables entre les pays et au niveau national en matière de santé de la mère et de l'enfant. En effet, la mortalité observée chez les enfants de moins de 5 ans dans le pays accusant le taux le plus élevé est 40 fois supérieure à celle du pays présentant le taux le plus bas. Un enfant né dans la Communauté des États indépendants (CEI) a une probabilité trois fois plus élevée de mourir avant l'âge de 5 ans qu'un enfant né dans l'Union européenne (UE). Le taux de mortalité maternelle des républiques d'Asie centrale reste encore au moins deux fois supérieur à la moyenne régionale et, même si les disparités entre les pays de l'UE, les pays nordiques et d'autres groupes de pays se sont amoindries ces dernières années, les écarts restent encore importants.

Les différences interpays ne constituent qu'un aspect du problème car, au sein des États même, il peut exister des déséquilibres flagrants en termes de taux de mortalité. Aujourd'hui, dans la Région européenne, certains sous-groupes et régions connaissent des taux de mortalité chez la mère et les nourrissons tout aussi graves que ceux observés en Afrique subsaharienne ou en Asie du Sud. Les populations rurales, et il s'agit là d'une règle quasi universelle, subissent une mortalité plus élevée que leurs congénères des zones urbaines. Les taux varient amplement selon le groupe ethnique, les moyens financiers et le niveau de richesse, et les régions éloignées ou isolées supportent une part disproportionnée de la charge de mortalité.

À titre d'exemple, et selon des données d'enquêtes démographiques et sanitaires réalisées en 2000, 18 % des femmes azerbaïdjanaises n'ayant pas terminé leurs études secondaires n'ont pas bénéficié de l'aide d'une assistante compétente lors de l'accouchement, contre seulement 1 % des femmes ayant suivi des études supérieures.

Au Royaume-Uni, alors que les taux de mortalité maternelle sont peu élevés, les femmes d'origine africaine subsaharienne courent sept fois plus le risque de décéder que les femmes d'origine européenne. Il existe souvent d'importantes différences, dans les zones urbaines, entre les quartiers plus pauvres et les banlieues plus nanties en termes de risque de mortalité maternelle et périnatale. Les populations migrantes, les réfugiés et les demandeurs d'asile récemment établis n'ont pas autant accès aux soins de santé, et cachent parfois leur état de grossesse aux autorités, y compris les services sanitaires.

Pareillement, les taux de mortalité infantile sont beaucoup plus élevés chez les groupes sociaux les plus défavorisés par rapport aux moyennes nationales en Angleterre et au pays de Galles, et ce fossé ne cesse de s'agrandir. Par exemple, en 2002-2004, le taux de mortalité infantile général était de 4,9 pour 1 000 naissances vivantes, alors que chez les travailleurs routiniers et manuels, ce taux était de 5,9. Si la mortalité infantile est en baisse chez tous les groupes socioéconomiques, le déclin est plus lent chez ces catégories de travailleurs. En effet, l'écart de mortalité entre, d'une part, les travailleurs routiniers et manuels et, d'autre part, la population générale est passé de 13 % en 1997 à 19 % en 2004. En outre, en Angleterre et au pays de Galles, le taux de mortalité infantile est de 10,2 pour 1 000 naissances vivantes si la mère est d'origine pakistanaise. Il s'agit du double de la moyenne générale. Des objectifs ont d'ailleurs été fixés au niveau national afin de réduire l'écart de mortalité infantile au Royaume-Uni.

En 1999, le taux de mortalité infantile officiellement déclaré en Roumanie était de 18,58 pour 1 000 naissances vivantes. Les taux ventilés par origine ethnique étaient les suivants : 27,1 pour 1 000 chez les Roumains de souche, 19,8 chez la minorité hongroise et 72,8 chez les Roms. Des écarts similaires persistent encore aujourd'hui dans bon nombre de pays de la partie orientale de la Région européenne, sans aucun signe d'amélioration à l'horizon.

Initiatives actuelles et futures de l'OMS en matière de santé maternelle et infantile

Fort de l'expérience dans ce domaine, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré plusieurs stratégies relatives à la santé maternelle et infantile afin d'aider les États membres à formuler leurs propres politiques et plans nationaux, et à définir les priorités en la matière dans leur système de santé. Il s'agit notamment des stratégies suivantes :

- la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, adoptée en 2005, et les instruments connexes ;
- les stratégies Européenne et mondiale sur la santé génésique, adoptées respectivement en 2001 et 2004 ;
- la Stratégie mondiale sur l'égalité des sexes, adoptée lors de la Soixantième Assemblée mondiale de la santé en 2007 et adaptée au contexte de la Région européenne ;
- un projet de Stratégie européenne pour une grossesse à moindre risque dans le cadre des efforts d'amélioration de la santé maternelle et périnatale ;
- la stratégie européenne sur l'éradication de la rougeole et de la rubéole adoptée en 2005 ;
- le Deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle, avec la priorité accordée à l'allaitement maternel, proposé pour adoption par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2007 ;
- la Déclaration de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, tenue en 2004.

Ces instruments seront mis en œuvre dans le cadre politique des systèmes de santé nationaux. Pour les États membres, le défi réside dans la traduction de ces stratégies en plans d'action pratiques et ce, à plusieurs niveaux.

En outre, le Bureau régional encourage actuellement un certain nombre d'initiatives intégrant les programmes de santé maternelle et infantile dans les systèmes de santé, comme celles mises en œuvre en Albanie, en Bosnie-Herzégovine, en Bulgarie, en Croatie, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, au Kazakhstan, au Kirghizistan, au Monténégro, en République de

Moldova, en Roumanie et en Serbie. La République de Tchouvachie en Fédération de Russie a fait état de résultats impressionnants à cet égard dans ses efforts de restructuration.

Les pays d'Europe du Sud-Est, en particulier, ont lancé une initiative concertée au niveau régional avec le soutien du gouvernement norvégien et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'objectif est d'améliorer la santé maternelle et néonatale par le biais de réformes spécifiques et le renforcement des capacités de leur système de santé. Ces pays réalisent actuellement une évaluation approfondie de la situation, et recensent les obstacles dans leur système général de santé en vue de définir un programme de réformes.

Le site Web du Bureau régional présente de plus amples informations sur les OMD (<http://www.euro.who.int/mdg?language=French>) et sur ses activités en matière de santé de la mère et de l'enfant (http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLv1Page?language=French&HTCode=maternal_health).

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

INFORMATIONS TECHNIQUES :

Dr Mikael Østergren
Chef de section, Santé familiale et communautaire
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 13 19
Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : mmo@euro.who.int

INFORMATIONS DESTINÉES À LA PRESSE :

Mme Liuba Negru
Chargée des relations avec la presse et les médias
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 13 44
Fax : +45 39 17 18 80
Courriel : lne@euro.who.int